

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1939

N° _____

THÈSE 342

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Habib LARGUÈCHE

Né le 15 avril 1909, à Tunis (Tunisie)

Kystes aériens congénitaux du Poumon

Président : M. DEBRÉ, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ

13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1939

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1939

N° _____

THÈSE

POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Habib LARGUÈCHE

Né le 15 avril 1909, à Tunis (Tunisie)

Kystes aériens congénitaux du Poumon

Président : M. DEBRÉ, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ
13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1939

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robrt DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEE-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	LOEPER.
»	CARNOT.
»	CLERC.
»	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale....	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
»	GOSSET.
»	GREGOIRE.
»	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	CHEVASSU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
»	JEANNIN.
»	LEVY-SOLAL
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	Maurice VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	TROISIER
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance médico-sociale	N...
Professeurs sans chaire	HAZARD
»	HOVELACQUE.
»	MULON.
»	OLIVIER.
»	SANNIÉ
»	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			MM	
AMELINE	Pathologie	chirurgic.	LACOMME	Obstétrique.
BARIETY	Pathologie	médicale.	LANTUEJOUL	Obstétrique.
BENARD (Henri)	Pathologie	médicale.	LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
BERNARD (Etienne)	Pathologie	médicale.	LAVIER	Parasitologie.
Justin BESANÇON	Hydrologie.		LELONG	Pathologie médicale.
BOULIN	Pathologie	médicale.	LEMAIRE	Pathol. expérimentale
BULLIARD	Histologie.		LEVEUF	Pathologie chirurgic.
CATHALA	Pathologie	médicale.	MH J. LEVY	Pharmacologie.
CHEVALLIER	Pathologie	médicale.	LEVY-VALENSI	Neurol. et Psychiatrie
COSTE	Pathologie	médicale.	MENEGAUX	Pathologie chirurgic.
DOGNON	Physique.		MOLLARET	Pathologie médicale.
FÉY	Urologie.		MOREAU	Pathologie médicale.
FUNCK	Pathologie	chirurgic.	MOULONGUET	Pathologie chirurgic.
GALLIARD	Parasitologie.		MOUQUIN	Pathologie médicale.
GASTINEL	Bactériologie.		PETIT-DUTAILLIS	Anat. pathologique.
DE GAUDART D'ALLAINES	Pathologie	chirurgic.	PIEDELIEVRE	Médecine légale.
GAYET	Physiologie		PORTES	Obstétrique.
DE GENNES	Pathologie	Médicale.	RENARD	Ophtalmologie.
GIROUD	Histologie.		RICHET	Physiologie.
HAGUENAU	Pathologie	médicale.	SENEQUE	Pathologie chirurgic.
HALPHEN	Oto-Rhino-Laryngol.		TURPIN	Pathologie médicale.
HUGUENIN	Anat. pathologique.		VIGNES	Obstétrique.
JOANNON	Hygiène.		WILMOTH	Pathol chirurgic.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.		MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgic.	LARDENNOIS	Pathologie chirurgic.
BUSQUET	Pharmacologie.	LE LORIER	Obstétrique.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.	SCHWARTZ	Parasitologie.
GUENIOT	Obstétrique.	NEVEU-LEMAIRE	Patholog. chirurgicale
HEITZ-BOYER	Pathologie chirurgic.	VAUDESCAL	Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

MM		MM	
ALAIJOUANINE	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique Chirurgicale.
AUBERTIN		BROcq	
BRULÉ		CADENAT	
CHABROL		GATELLIER	
DONZELOT		MOURE	
DUVOIR		QUENU	
LIAN		VELTER	
PASTEUR-VALLERY- RADOT		MCALLE	} Clinique obstétricale.
SEBARY		METZGER	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs. et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

Faible témoignage de notre sincère affection.

A MES AMIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR DEBRÉ

Professeur de Bactériologie à la Faculté
de Médecine de Paris

Officier de la Légion d'Honneur

Membre de l'Académie de Médecine

*Qui a bien voulu nous faire l'honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.
Nos hommages respectueux.*

A NOS MAÎTRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DES HOPITAUX DE PARIS

À M. LE DOCTEUR RENÉ BROC

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Médecin-Chef de l'Hôpital Ernest-Conseil, à Tunis

*Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse.
Et qui nous a toujours témoigné tant
de sollicitude. En témoignage de ma
profonde gratitude.*

A M. LE DOCTEUR JAUBERT DE BEAUJEU

Licencié ès Sciences Physiques
Chef du Service Radiologique de l'Hôpital Sadiki
et de l'Hôpital Civil Français à Tunis

*A qui nous devons les documents qui
illustrent notre thèse. Qu'il trouve ici
l'expression de notre vive reconnais-
sance.*



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547920_0071

INTRODUCTION

Pendant notre dernier séjour en Tunisie, notre pays d'origine, nous avons eu l'occasion d'observer deux cas de maladie kystique du poumon chez des indigènes musulmans, l'un dans le service du Docteur Broc, à l'Hôpital Ernest-Conseil, l'autre, dans le service de radiologie du Docteur Jaubert de Beaujeu, à l'Hôpital Sadiki.

C'est seulement depuis 6 à 7 ans que cette affection, autrefois considérée comme du domaine de la tératologie et de l'anatomie pathologique, est entrée dans celui de la clinique. Elle a été individualisée en France par les travaux du Professeur Debré depuis 1932. Il en a, le premier, publié un cas diagnostiqué cliniquement et radiologiquement. Grâce à ses travaux ultérieurs et à tous ceux suscités par sa communication à la Société médicale des Hôpitaux, la maladie kystique du poumon est devenue diagnosticable sur le vivant.

Dans d'autres pays, en Amérique notamment, de nombreux travaux ont montré que cette maladie était moins rare qu'on ne le croyait.

Nous pensons que les deux cas que nous avons pu observer à Tunis sont les premiers diagnostiqués chez des musulmans de l'Afrique du Nord et il nous a paru intéressant de les comparer avec les cas observés en France et d'étudier cette maladie qui présente encore beaucoup d'inconnues et qui tend à modifier complètement les idées admises sur une autre affection du poumon, la dilatation des bronches.

Observation N° 1

Ma... ben Moh..., 26 ans, originaire de Gafsa, entré à l'Hôpital Ernest Conseil le 26 septembre 1938 ; sorti le 5 octobre.

Exerce la profession de jardinier depuis 7 ans ; vient consulter à Tunis parce qu'il présente depuis un an et demi environ de la toux et une expectoration mucopurulente.

On trouve dans ses antécédents une helminthiase assez persistante (oxyures et ascaris) ; n'aurait jamais toussé jusqu'à l'âge de 24 ans ; n'a jamais eu de paludisme et nie toute maladie vénérienne. Son père, sa mère, son frère sont bien portants ; sa femme n'a jamais fait de fausses couches.

A l'âge de 24 ans, à la suite d'un refroidissement tousse et crache par périodes plus ou moins fréquentes et plus ou moins prolongées. L'expectoration était spumeuse légèrement purulente. L'appétit et l'état général étaient bien conservés. Il y a deux ou trois mois il a maigri et craché du sang, hémoptysie moyenne ayant duré une dizaine de jours. Ces symptômes le décidèrent à consulter un médecin qui lui conseilla d'aller à Tunis se faire radio-

graphier. Un mois et demi après il se décide à entrer à l'hôpital Ernest Conseil, son état ne s'étant pas amélioré.

A l'examen, on se trouve en présence d'un sujet dont l'état général n'est pas très altéré ; apyrétique ; l'appétit est bien conservé. Il se plaint d'une légère asthénie, d'une toux moyennement fréquente et d'une expectoration assez abondante. Conservée dans un verre cette dernière ressemble à l'expectoration de la dilatation des brouches avec les couches mousseuse, mucopurulente, filamenteuse et purulente. Cette expectoration de 155 cc. environ à l'entrée du malade, tombe petit à petit à 30 et 10 cc. par jour.

Sur 3 analyses de crachats faites pendant le séjour du malade à l'Hôpital, une seule révèle du B. K. (examen direct fait par l'Institut Pasteur de Tunis).

A l'examen de l'appareil respiratoire, la percussion et la palpation ne révélaient rien d'anormal ; par contre à l'auscultation on trouvait des signes qui faisaient penser à une infiltration bilatérale, infiltration plus marquée à gauche qu'à droite. Poumon droit : en arrière, respiration affaiblie au sommet, râles sous crépitants humides disparaissant à la toux ; dans la fosse sous épineuse et jusqu'à la base, respiration un peu forte. En avant, sous la

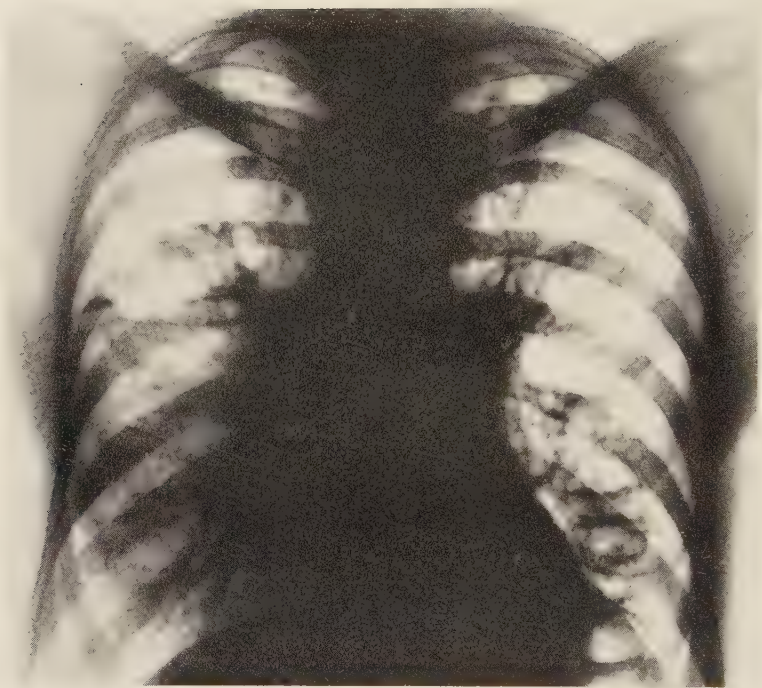


FIG. 1. — Téléradiographie à 4 mètres. Thorax face.
Kystes gazeux multiples.

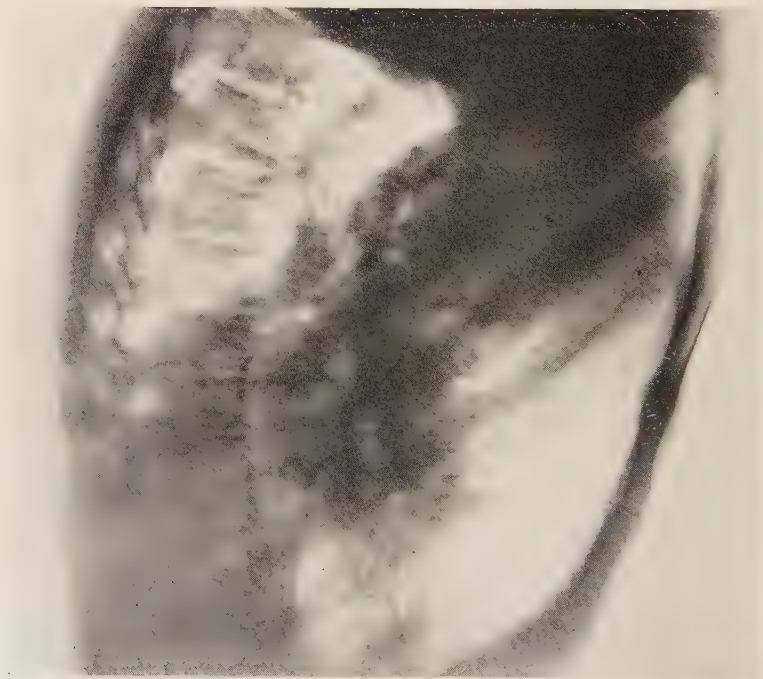


FIG. 2. — Téléradiographie à 4 mètres. Thorax profil.
Kystes gazeux multiples.

clavicule râles sous-crépitaⁿts humides. Poumon gauche : respiration affaiblie dans tout le champ pulmonaire ; de haut en bas râles sous-crépitaⁿts moyens, très nombreux.

Bruits du cœur réguliers. T. A. 12-7 au Pachon.

Rien d'autre à signaler ; rate et foie normaux ; réaction de Wasserman négative.

Tous ces signes et l'histoire du malade faisaient penser à une tuberculose pulmonaire évoluant depuis peu, chez un individu présentant un assez bon état général ; un examen des crachats confirmait ce diagnostic.

La radiographie faite par le Docteur Jaubert de Beaujeu est venue confirmer le diagnostic de la tuberculose et montrer qu'elle était développée sur un poumon atteint antérieurement de kystes aériens (Voir radiographie ci-contre).

A droite tout le poumon est gris ; dans le lobe supérieur on aperçoit quelques images arrondies moins nettes qu'à gauche.

A gauche, le lobe inférieur du poumon est rempli de petites images annulaires, chevauchant les unes sur les autres, à contours minces et nets, de dimensions différentes allant de celle d'une grosse noix à celle d'une noisette ou d'un pois. Certaines

de ces cavités présentent un niveau liquide horizontal.

Nous avons pu suivre le malade jusqu'au 15 octobre et constater à plusieurs reprises, à la radioscopie, la constance des images observées au premier examen. Mais comme une rémission notable des symptômes fonctionnels était survenue, le malade a quitté le service en nous promettant de nous tenir au courant de son état de santé. Au cours de son séjour à l'Hôpital, à part un clocher thermique à 39, ayant fait penser à un accès de paludisme, la température est toujours restée apyrétique.

Observation N° 2

M... ben Hadj-ben Ah...; venu le 11 mars 1938 à la consultation du dispensaire antituberculeux ; né en 1888 environ, au Maroc ; gardien de garage.

Depuis 3 mois toussé, crache abondamment, ressent des douleurs thoraciques ; a maigri et perdu ses forces. L'auscultation fait entendre une respiration fortement emphysémateuse avec des râles ronflants et sibilants dans les deux poumons. On note un petit foyer de râles sous-crépitaux à droite, en arrière, dans la région parahilaire.

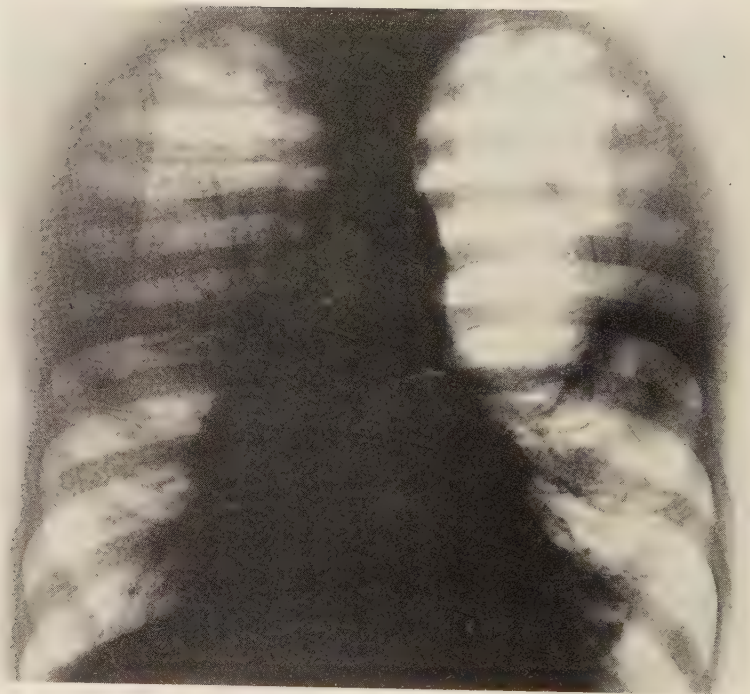


FIG. 3. — Téléradiographie à 4 mètres. Thorax face.
Kyste gazeux solitaire.

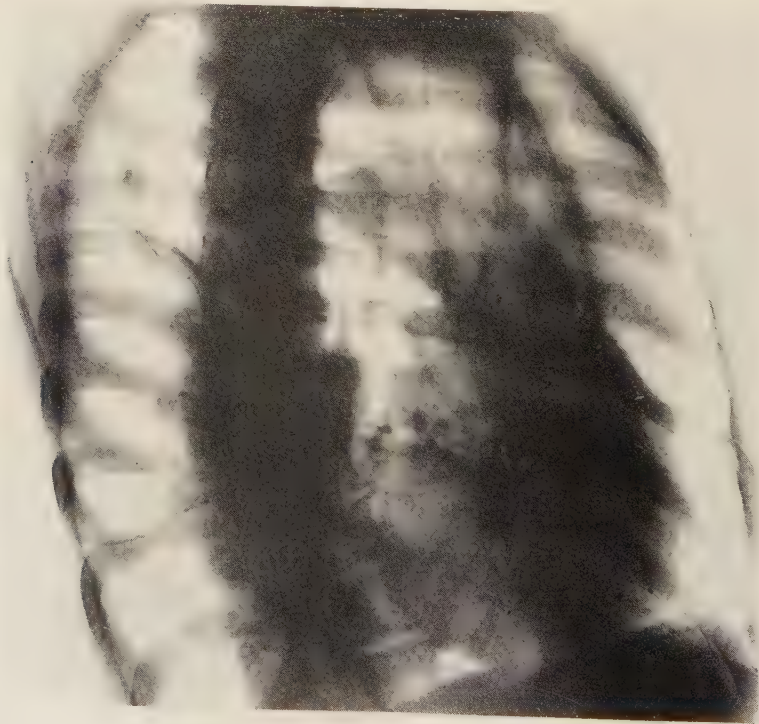


FIG. 4. — Téléradiographie à 4 mètres. Thorax O. A. D.
Kyste gazeux solitaire.

Clichés Jaubert de Beauieu.

La radiographie montre une grande image claire dans cette région (Voir radiographie ci-contre).

S'agit-il d'un pneumothorax partiel ? s'agit-il d'une grande caverne muette ?

L'auscultation ne permet pas de déceler un signe quelconque de pneumothorax ; le malade n'a pas éprouvé de douleur violente et brusque au niveau de la lésion révélée par la radiographie. Sa respiration n'a jamais été gênée et l'affection a évolué progressivement en 3 mois, sans fièvre d'après les déclarations du malade et sans qu'il ait été obligé de cesser son travail. Tous ces commémoratifs font penser qu'il ne s'agit pas d'un pneumothorax.

Une caverne de ce volume devrait s'accompagner de signes généraux plus importants que ceux présentés par notre malade et aussi de lésions pulmonaires tuberculeuses dans le reste du poumon. Le début de cette affection que le malade fait remonter à 3 mois ne cadre pas avec une lésion aussi étendue que celle montrée par la radiographie.

L'examen des crachats, répété plusieurs fois a toujours été négatif, le malade ne se sentait pas très atteint, puisque malgré nos insistances, il n'a jamais voulu accepter l'hospitalisation et a toujours continué à travailler, couchant la nuit dans un garage, exposé au froid et aux courants d'air.

Le Docteur Jaubert de Beaujeu, l'ayant examiné plusieurs fois à la radioscopie pendant 6 mois, a toujours constaté la même image radioscopique qui se caractérise par une grande fixité de ses contours. Le malade a refusé toute hospitalisation ; c'est pourquoi nous n'avons malheureusement pas pu pratiquer chez lui une injection intratrachéale de lipiodol.

Ayant pu voir ce malade, à plusieurs reprises pendant 8 mois et n'ayant constaté aucun changement dans l'aspect radiologique des lésions pulmonaires, nous pensons qu'il ne peut s'agir d'une cavité tuberculeuse, car nous savons avec quelle rapidité évolue les formes ulcéro-caséuses de la tuberculose chez les indigènes peu fortunés.

L'histoire clinique de ce malade concorde avec les données de la radioscopie et nous amène à conclure avec le Docteur Jaubert de Beaujeu, qu'il s'agit bien d'un kyste aérien géant, constaté fortuitement au cours d'une bronchite banale.

SYMPTOMATOLOGIE

Les kystes congénitaux du poumon connus anatomiquement depuis des siècles ont une histoire clinique de date récente. Aujourd'hui nous savons non seulement soupçonner mais aussi affirmer leur diagnostic par l'examen complet du malade. Leur extrême polymorphisme permet de décrire plusieurs formes cliniques.

FORMES LATENTES :

Elles étaient autrefois des découvertes d'autopsie. Fontanus en 1638 signale le cas d'un enfant, mort au cours d'un accès de cyanose et dont les deux poumons étaient remplacés par une « vessie d'air communiquant avec les bronches ».

La même année Normus, à l'autopsie d'un autre enfant, se trouve en présence de deux poumons « se composant d'un sac d'air ».

Actuellement leur diagnostic se fait d'une façon fortuite à l'occasion d'un examen radiologique.

FORMES INFECTÉES NON SUPPURÉES :

L'infection est la grande complication habituelle de cette affection. Le malade présente des poussées infectieuses des bronches ou des poumons avec fièvre, toux, expectoration fétide, séparées par des périodes de rémission plus ou moins longues, pendant lesquelles le retour à la santé est complet. A l'occasion de ces poussées infectieuses on peut observer des hémoptysies parfois très abondantes. Les poussées suivantes revêtent le même aspect jusqu'à la phase de la chronicité. En somme on a affaire à un sujet dont l'histoire d'infection respiratoire a répétition est celle de la dilatation des bronches.

FORMES HÉMOPTOÏQUES PURES :

L'infection n'est pas nécessaire pour provoquer les hémoptysies ; avant l'apparition de toute expectoration purulente le sujet présente des hémoptysies qui ont pour caractère d'être parfois graves d'emblée et qui se répètent à intervalles de plus en plus rapprochés. Le Professeur Bezançon et ses élèves ont observé de telles hémoptysies chez un homme robuste de dix neuf ans. Ces formes sont intéressantes à connaître. Si l'on ne trouve pas de

B. K. dans les crachats, si l'état général est peu altéré, si la température est à peine dénivelée, il faut penser au kyste aérien du poumon.

FORMES SUPPURÉES :

Ce sont des formes où l'infection plus intense, plus prolongée, aboutit à la suppuration. Le Professeur Sergent a surtout mis en évidence des formes particulières ; à la notion de gros kystes uniques et des petits kystes multiples il ajoute les kystes uniques, latents, révélés par la suppuration. Leur histoire clinique est celle de toutes les suppurations pulmonaires survenant chez un enfant ou un adulte jeune, présentant l'aspect clinique d'un abcès du poumon ou d'une pleurésie purulente enkystée d'allure primitive.

Le sujet, tousse, crache abondamment depuis des mois. L'expectoration est purulente, intermittente ; le malade reste quelques jours sans cracher puis brusquement il émet un demi verre de crachats par jour comme s'il s'agissait d'une pseudovomique ; à cette bronchorrhée fétide, sans B. K. il peut s'ajouter parfois des hémoptysies intermittentes de sang rouge.

FORMES ASSOCIÉES :

Les kystes aériens du poumon semblent constituer de véritables points d'appels pour les infections et en particulier, pour la tuberculose.

blié différents cas de kystes aériens du poumon chez
blié différents cas de ystes aériens du poumon chez
des enfants morts de pneumonie ou de broncho-
pneumonie tuberculeuses ; chez l'un de ces enfants
ils ont observé un fait très intéressant à signaler,
l'infiltration tuberculeuse est strictement limitée à
la partié du lobe qui est malformée ; il n'y a pas de
lésions inflammatoires tuberculeuses en dehors de
la région des kystes.

Si l'association avec la tuberculose est fréquemment observée, il n'en est pas de même pour la syphilis. Les cas publiés sont très rares et même douteux.

M. Pruvost chez une femme de 38 ans, qui a un B. W. positif, un passé pulmonaire assez chargé (pleurésie en 1900, bronchopneumonie en 1906, congestion pulmonaire en 1915, des hémoptysies sans B. K. à l'âge de 24 ans), découvre au cours d'un examen radiologique une cavité qui reste imperméable au lipiodol alors que tout autour apparaissent de petites cavités injectées ; le traitement anti-

syphilitique amène une diminution très sensible de la cavité. S'agit-il d'une caverne syphilitique ou d'un kyste aérien du poumon chez une syphilitique ? L'auteur penche pour la deuxième hypothèse.

Cependant, il ne semble y avoir aucun rapport entre la syphilis et cette affection ; telle est l'idée que s'est faite le Docteur Broc devant la rareté du kyste aérien du poumon et la fréquence de la syphilis chez la population indigène.

EVOLUTION

L'évolution des kystes du poumon est des plus variables. Sa durée, sa gravité dépendent de l'importance des différents accidents, les uns mécaniques, les autres infectieux qui peuvent se déclarer plus ou moins tardivement. Selon la longueur de cette période de latence on peut considérer des formes précoces et des formes tardives.

FORMES PRÉCOCES :

Le kyste se déclare cliniquement parce qu'il est géant ou parce qu'il augmente progressivement de volume comme dans le cas observé par le Professeur Debré et ses élèves concernant un enfant de

24 mois qui au cours d'une rougeole infecte ses deux kystes aériens du poumon lesquels présentent un caractère extensif dans les semaines suivantes tout en conservant la même forme générale que lors du premier examen radiologique.

Les signes fonctionnels sont alors des crises dyspnéiques qui sont le signe majeur ; ces crises sont caractérisées par ce fait qu'elles surviennent chez un sujet qui était bien portant.

Au cours des premières semaines et des premiers mois de la vie c'est une dyspnée très violente, s'accompagnant d'un tirage respiratoire intense, véritable orthopnée avec ou sans crises paroxystiques rappelant la dyspnée si dramatique d'un pneumothorax à soupape.

Chez des enfants plus grands, la dyspnée est beaucoup moins importante ; elle se caractérise par une respiration rapide augmentée par l'effort ; on a ici une crise d'étouffement avec un point de côté rappelant l'établissement d'un pneumothorax spontané.

A ces crises dyspnéiques s'ajoute de la cyanose qui est en relation avec l'intensité de la dyspnée ; elle est continue ou paroxystique.

Les signes physiques rappellent ceux d'un pneumothorax : sonorité normale ou exagérée, si-

lence respiratoire absolu, déplacement du cœur et du médiastin.

Cependant, certains kystes géants peuvent rester complètement latents. Tel est le cas présenté par le Professeur Debré, de cet Arménien de 15 ans pour lequel on a fait, à l'âge de 9 ans, le diagnostic de pneumothorax chronique alors qu'il s'agissait d'un kyste aérien du poumon ; ce garçon mène une vie absolument normale ; c'est à peine s'il se plaint d'une dyspnée d'effort.

FORMES TARDIVES :

A côté des formes précoces, il existe d'autres formes pour lesquelles la période de latence est plus ou moins longue et s'explique par ce fait que la cause déclanchante se serait simplement produite avec un retard prolongé.

Nombreux sont les cas où le diagnostic de kystes aériens du poumon est fait d'une façon fortuite chez des vieillards qui se présentent comme des asthmatiques, des emphysémateux ; d'autres présentent un syndrome angineux plus ou moins atypique.

En général, la déclaration brutale des signes cliniques se fait entre l'âge de 20 et 40 ans sans que l'on trouve dans l'histoire des malades aucun anté-

cèdent pulmonaire ou bronchique appréciable ni une maladie bronchectasiente. Ce qui frappe c'est le début par hémoptysies graves d'emblée ou par une expectoration abondante qui peut atteindre jusqu'à 500 cc. par jour. L'évolution se fait par poussées sucessives, entrecoupées de périodes d'accalmie. Le malade conserve pendant assez longtemps un bon état général ; mais, au fur et à mesure que l'affection tend vers la chronicité, la croissance se trouve ralentie ; le développement thoracique est defectueux ; l'état général est atteint par la suppuration chronique des voies bronchiques. La mort est souvent la conséquence d'une infection pulmonaire intercurrente, d'une bronchopneumonie en particulier. L'évolution fatale à brève échéance ne s'observe qu'exceptionnellement, surtout après une exploration telle qu'une bronchoscopie, une ponction du kyste.

Cependant, on peut signaler le cas très heureux d'un enfant de 14 mois, présenté par le Professeur Debré, qui a infecté ses deux kystes aériens du poumon ; les semaines suivantes, il se produit une évolution remarquable, la désinfection spontanée des deux kystes.

Ainsi donc, outre les kystes qui se déclarent rapidement après la naissance, il existe des formes

qui ont une histoire clinique dont les manifestations sont plus ou moins tardives. Le pronostic de cette affection paraît être ainsi moins mauvais qu'on ne l'a cru jusqu'à présent.

PATHOGÉNIE

Les kystes aériens du poumon sont-ils congénitaux ? Sont-ils acquis ? C'est la théorie congénitale qui prédomine. C'est en sa faveur que plaide la majorité des cas publiés ; cependant quelques cas très rares permettent de penser qu'il existe des kystes acquis.

THÉORIE ACQUISE :

MM. P. Ameuille et Ch. Rendu présentent un sujet porteur d'une caverne tuberculeuse au sommet gauche, qui était suivi radiologiquement pendant plusieurs années ; au cours d'un examen radiologique ultérieur, ils assistent à l'apparition d'un kyste aérien au niveau du sommet droit. Comme ce kyste n'existait pas sur les films radiographiques antérieurs, M. Ameuille conclut qu'il y aurait à côté des kystes congénitaux du poumon des kystes acquis de même nature que l'emphysème pulmonaire et de cause encore tout aussi mystérieuse.

Le cas publié par M. Brûlé et ses collaborateurs

semble confirmer cette hypothèse. Chez un homme de 38 ans, soigné depuis l'âge de 9 ans pour emphysème ou pour asthme, la radiographie permet de faire le diagnostic de kystes aériens du poumon. A l'autopsie, on trouve des symphyses pleurales, de volumineuses bulles d'emphysème occupant la surface du poumon, des cavités kytisques acquises, remaniées par des lésions inflammatoires avec oblitération d'une bronche principale ; il s'agit en somme d'un processus d'atélectasie et de sclérose mutilante de la plus grande partie des deux lobes inférieurs droit et gauche et qui a épaissi considérablement les parois de ces cavités pseudo-kystiques.

Cette observation est en outre intéressante parce qu'elle rapporte des faits différents de ceux observés par les champions de la théorie congénitale.

MM. Debré et Gilbrin, après M. Letulle, admettant l'origine congénitale de ces emphysèmes ampullaires sous-pleuraux, en font un argument en faveur de l'origine congénitale des bronchectasies ; or, dans le cas présenté par M. Brûlé, les bronches sont collabées et non dilatées. Dans les parois des cavités, on ne trouve aucun des caractères admis par MM. Debré et Sergent pour signer leur nature congénitale ; rien ne permet de dire qu'elles sont d'origine bronchique, M. Brûlé ne trouvant aucune trace de revêtement épithélial cylindrocubique, de for-

mations glandulaires, musculaires, voire même cartilagineuses ; au contraire, il observe toutes les formes de transition entre les bulles d'emphysème et ces formations pseudo-kystiques.

THÉORIE CONGÉNITALE :

L'origine congénitale des kystes aériens du poumon est la plus admise et paraît indiscutable.

L'absence de tout antécédent broncho-pulmonaire, de tout élément étiologique précis, le caractère des signes cliniques qui apparaissent brusquement chez des sujets jusqu'alors bien portants, dans le passé desquels on ne trouve aucune affection de l'appareil respiratoire susceptible d'expliquer la production rapide de cavités aussi volumineuses, d'expectoration ou d'hémorragies si abondantes, plaident en faveur de la théorie congénitale. Tout se passe comme s'il s'agissait d'une cavité préexistante qui reste longtemps latente mais qui, à partir du moment où l'infection est déclenchée, entraîne en raison de son volume des phénomènes congestifs, inflammatoires et suppuratifs beaucoup plus importants, beaucoup plus subits que ceux qu'on observe habituellement. En outre, comme dans toutes les malformations ; ces kystes une fois infectés se dé-

sinfectent malaisément ; mais c'est surtout la persistance des cavités qui vient signer leur nature congénitale.

Un autre argument est fourni par la coexistence dans certains cas d'autres malformations congénitales telle qu'une maladie de Roger (cas observé par le Professeur Debré) ou un kyste dermoïde (cas publié par M. E. Bernard). Cette dernière observation est intéressante à signaler car on y trouve l'association d'un état congénital à un état familial, la mère ayant été opérée d'un kyste de l'ovaire.

Grâce aux progrès qu'elle a accomplis, l'anatomie pathologique vient donner un dernier argument en faveur de cette théorie. Elle montre la localisation lobaire ou pseudolobaire des kystes, leur groupement le long d'un système bronchique. L'aspect anatomique n'est pas celui d'une bronche dilatée et modifiée par l'inflammation, ni celui d'un tissu pulmonaire remanié à la suite d'un processus inflammatoire. Les lésions correspondent à un tissu bronchique et pulmonaire anormal, dû à un double processus, une hypoplasie cellulaire qui est le processus le moins important et qui porte surtout sur le tissu élastique et une hyperplasie cellulaire qui est la lésion dominante et qui « progresse de telle façon qu'il se produit dans le tissu interstitiel des néoformations utriculaires qui sortent des cavités déjà for-

mées, s'élargissent à leur tour et deviennent kystiques » (Stoerk). « Il semble que l'organisme fasse des bronches là où il doit faire des alvéoles » (J. Hutinel dans sa thèse de 1922).

Ainsi donc les arguments fournis par la clinique et par l'anatomie pathologique permettent de conclure en faveur de l'origine congénitale des kystes aériens du poumon.

RAPPORTS ENTRE LES KYSTES AÉRIENS DU POUMON ET LA DILATATION DES BRONCHES

M. Ribadeau et ses collaborateurs, à l'occasion de plusieurs cas bien observés, mettent en évidence les rapports qui existent entre les kystes aériens du poumon et la bronchectasie commune ; celle-ci est due le plus souvent à une malformation bronchique sur laquelle viennent se greffer ultérieurement l'infection et la suppuration. D'ailleurs actuellement on ne discute que sur la fréquence relative des bronchectasies acquises et des bronchectasies congénitales. Les médecins d'enfants et notamment le Professeur Lereboullet s'orientent de plus en plus vers la prédominance de l'origine congénitale, se basant en cela sur un argument clinique majeur, la rareté des bronchectasies décelées après les brochopneu-

monies si fréquentes de la rougeole, de la coqueluche, de la grippe et inversement la fréquence extrême des cas où les antécédents des enfants souffrant de bronchectasies ne montrent aucune maladie grave du poumon.

Telle est également l'opinion du Docteur Broc, qui voit tous les ans, dans son service, une dizaine de cas de dilatation des bronches chez des indigènes musulmans. Autrefois, on faisait jouer un grand rôle à la syphilis ; celle-ci d'après le Docteur Broc ne paraissait pas avoir un rôle bien manifeste dans les cas qu'il avait pu observer au cours d'une vingtaine d'années ; les autres causes infectieuses invoquées semblent plus vraisemblables sans qu'on puisse leur attribuer un rôle essentiel ou primordial.

MM. Debré et Gilbrin mettent en lumière les analogies qui existent entre la structure anatomique des kystes aériens du poumon et celle des bronches dilatées et concluent à l'origine commune congénitale de ces deux affections.

M. Pruvost et ses collaborateurs rapprochent leurs deux belles observations l'une d'un aspect annulaire multiple, l'autre d'une image cavitaire avec tout autour des aspects de bronchectasies ampul-

lares et cylindriques, les réunissent sous le terme de dilatations kystiques des bronches et concluent à leur origine congénitale.

Le Professeur Bezançon et ses élèves soutiennent la même thèse à l'occasion de formes sèches hémoptoïques, cavitaires de la dilatation des bronches, à l'origine desquelles on ne trouve aucun incident pulmonaire ou bronchique.

Ainsi donc l'histoire clinique des kystes aériens du poumon éclaire la pathogénie de la dilatation des bronches. On peut conclure avec le Professeur Bezançon que le grand kyste congénital représente le type le plus complet de la malformation qui affecte ici la totalité du parenchyme pulmonaire ; les petits kystes ou maladie kystique résultent d'anomalies plus ou moins localisées de l'arbre bronchopulmonaire ; enfin pour les bronchectasies cavitaires la malformation, quoique importante, reste limitée à un territoire très restreint du système bronchique. Les kystes bronchopulmonaires congénitaux ne représentent que la forme monstrueuse d'une de ces malformations dont les bronchectasies latentes constituent comme l'ébauche et dont les bronchectasies communes réalisent le type moyen, le plus habituellement rencontré par le clinicien.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Le développement de l'anatomie pathologique donne à la question des kystes aériens du poumon un nouvel intérêt ; il a permis de mettre un peu de clarté dans sa pathogénie et d'expliquer certains accidents qu'on observe au cours de cette affection.

ANATOMIE MACROSCOPIQUE :

L'aspect général du poumon est différent selon qu'il s'agit de kystes multiples ou de kystes moins nombreux et même uniques.

Dans la maladie kystique du poumon, les kystes sont très nombreux, agglomérés ; une partie plus ou moins importante du poumon prend l'aspect d'une pierre meulière, d'un nid d'abeilles ou de mie de pain. On a des cavités sacciformes, irrégulières à parois minces, de différents volumes ; ces cavités sont appendues à des bronches qui se terminent dans les kystes. D'après M. Armand Delille, il semble qu'à ce niveau le parenchyme pulmonaire soit en totalité remplacé par un tissu membraneux communiquant avec les bronches.

Le plus souvent ces kystes sont moins nombreux et quand ils sont uniques ils prennent l'aspect décrit par Fontanus d' « une vessie d'air ». La paroi externe peut être soit lisse, un peu plissée, brillante, rouge vif, un peu nacré, régulière, rigide soit irrégulière, tomateuse, terne et granuleuse.

Vu en dedans, le kyste présente une image comparable à l'enchevêtrement des piliers d'un ventricule ; dans un cas on a pu constater que ces piliers sont constitués par des vaisseaux et au cours d'une bronchoscopie il s'est produit une hémorragie mortelle.

ANATOMIE MICROSCOPIQUE :

Les kystes aériens du poumon présentent dans la majorité des cas publiés les caractères d'un kyste bronchique.

M. Letulle observe, jeté en tous sens, un processus d'atrophie portant sur les fibres musculaires et élastiques, sur le cartilage, les alvéoles de voisinage et les îlots glandulaires.

Le Professeur Debré a vu aussi les mêmes lésions ; ce qui lui a permis de penser à la dilatation des bronches et de conclure à l'origine commune congénitale de ces deux affections.

Le Professeur Sergent observe une hyperplasie bronchique canaliculaire et kystique avec une sclérose péribronchique, périartérielle et interstitielle ; le fait remarquable c'est l'hyperplasie cellulaire de la muqueuse du tissu bronchique, qui produit dans le tissu interstitiel des néoformations multiples formant des replis, des diverticules et même des bourgeons pleins. Il a noté en outre l'hyperplasie vasculaire concomitante qui explique la fréquence et la gravité des hémoptysies qu'on observe au cours de cette affection.

Ces malformations existent non seulement dans les parois du kyste mais aussi à une certaine profondeur, dans le parenchyme lui-même autour de la cavité kystique ; cette sorte de dégénérescence progressive du parenchyme explique que la paroi kystique ne puisse être clivée du poumon adjacent dont elle fait au contraire partie intégrante.

M. Armand Delille, à la suite de plusieurs autopsies faites chez des enfants conclut que l'épithélium manque dans la plupart des points ; quand il existe, il présente le type pavimenteux avec une couche cellulaire mince d'aspect endothéliforme comme celui d'une alvéole anormale ; sous l'endothélium il n'y a parfois pas de cloison mince et l'endothélium n'est séparé du parenchyme pulmonaire avoisinant que par une mince lame conjonctive

comme l'aspect de grosses bulles d'emphysème ; dans d'autres points le soutènement conjonctif prend une notable épaisseur et souvent il comporte une riche vascularisation avec des lacs capillaires très importants ; il prend alors l'aspect télangiectasique ; enfin on peut trouver des îlots cartilagineux disposés d'une manière irrégulière,

Ainsi donc on trouve ici certains éléments du type bronchique mais le plus ordinairement les muscles et les glandes bronchiques manquent. Le parenchyme avoisinant est libre de toute infection ainsi que la paroi des cavités.

Tel est l'aspect anatomique des lésions observées par ceux qui font du kyste aérien du poumon une affection congénitale consécutive à des phénomènes dysembryologiques ; pour ceux qui pensent à une infection au cours de la vie intra-utérine, l'aspect histologique des lésions est tout autre. M. Ribadeau et ses collaborateurs à l'examen histologique du poumon d'un enfant âgé de 5 semaines, né d'une mère syphilitique remarquent que la paroi du kyste est dépourvue de l'un quelconque des caractères anatomiques d'une bronche ; il n'y a nulle part trace d'un revêtement épithélial, ce qu'on trouve de net, c'est l'apparition d'un tissu cicatriciel dont l'origine infectieuse serait due à une syphilis congénitale.

On peut conclure avec Madame Lange que les bronchectasies congénitales peuvent être dues à un processus inflammatoire de la vie intra-utérine, à des formations hyperplasiques plus ou moins étendues et plus rarement à des formations hypoplasiques consistant en un arrêt de développement de l'arbre bronchique.

DIAGNOSTIC RADIOLOGIQUE

L'étude clinique des kystes aériens du poumon n'aurait pu prendre place avant l'ère radiologique ; si l'étude clinique permet de soupçonner l'existence d'un kyste aérien du poumon, la radiologie permet d'en faire sûrement le diagnostic.

L'aspect radiologique des kystes aériens du poumon est très différent selon qu'il s'agit de kystes suppurés ou non.

KYSTES NON SUPPURÉS :

En s'inspirant largement des travaux de MM. Ribadeau Dumas, Debré, Pruvost et de la thèse de M. Colletsoz nous pouvons avec M. R. Grangérard rappeler succinctement les bases radiologiques du diagnostic des kystes aériens non suppurés. Ces kystes présentent des caractères radiologiques spéciaux qui sont en rapport avec le nombre et le volume de ces kystes.

KYSTES GÉANTS OU KYSTES « BALLONS » :

Il s'agit de kystes volumineux occupant presque la totalité d'un hémithorax ; presque toujours

ils sont pris pour un pneumothorax généralisé. Cependant un pneumothorax spontané quelle que soit sa cause ne persiste pas sans modification ; il ne reste pas sec pendant des mois et des années. Comme le conseille le Professeur Debré, il faut toujours hésiter avant de porter le diagnostic de pneumothorax chronique spontané et penser à la possibilité d'un kyste pulmonaire méconnu ; il faut surtout bien étudier la radiographie, noter l'absence de moignon pulmonaire dans la région hilare et la présence à la partie supérieure de l'hémithorax et dans les espaces costo diaphragmatiques de parenchyme pulmonaire, d'apparence sain surtout si cette zone parenchymateuse est nettement séparée de la poche gazeuse par un contour arrondi. Parfois même on peut voir le dédoublement des parois kystiques ce qui constitue un élément important de diagnostic.

Dans ce cas le lipiodolodiagnostic est à rejeter car en général, il y a imperméabilité du kyste et surtout l'huile lipiodolée risque de s'accumuler dans l'arbre bronchique contra-latéral et de provoquer des phénomènes d'asphyxie. Dans de tels cas il faut se contenter de surveiller le malade et de suivre l'évolution de l'image radiologique pour confirmer le diagnostic en se basant surtout sur la permanence extraordinaire de l'image radiologique ou sa ten-

dance à l'extension au cours de l'évolution ; ce diagnostic est à rejeter si on assiste au contraire à la régression de l'image radiologique. A ce sujet le cas présenté par M. P. Lereboullet et ses collaborateurs est des plus instructifs ; il s'agit d'un nourrisson de 4 mois qui présente des poussées fébriles ; la radiographie montre une image gazeuse énorme, à limites nettes, à contours circulaires ; ils pensent à un kyste aérien du poumon mais la régression totale en 3 mois de la cavité fait évoquer l'hypothèse d'une variété spéciale d'emphysème, véritable kyste gazeux acquis, décrit en Amérique sous la forme d'emphysème obstructif, caractérisé par une image comparable à celle, ci-dessus décrite, à laquelle peut se joindre une zone d'opacité en rapport avec une atélectasie de voisinage ; cette cavité peut présenter une régression totale ultérieurement.

GROS KYSTES :

Bien que volumineux ces kystes n'occupent que la moitié ou les trois quarts d'un hémithorax ; dans ces cas la difficulté est grande pour éviter la confusion soit avec un pneumothorax partiel ou localisé, soit avec un évidemment lobaire par une caverne géante.

« Tantôt dit M. Pruvost, il s'agit de cavité parfaitement claire et homogène, arrondie ou ovalaire occupant la moitié supérieure de l'hémithorax, tantôt la poche gazeuse présente des contours moins nets, plus irréguliers ; la zone claire n'est pas homogène mais laisse apercevoir la trame pulmonaire; ;; tantôt la tache claire est incluse dans le parenchyme pulmonaire comme « un œuf dans son coquetier ».

Le Professeur Debré ainsi que M. Etienne Bernard en ont rapporté d'intéressantes observations et insistent, pour en faire le diagnostic, de noter l'absence de début brusque, la latence parfaite, la persistance de l'image radiologique ou même sa tendance à l'extension, l'absence de moignon pulmonaire dans la zone para-hilaire et l'existence d'une trame au niveau du sommet du sinus costo-diaphragmatique.

KYSTES MOYENS :

Ils se traduisent par des images arrondies ou ovalaires, très régulières, limitées par un fin liséré, plus ou moins nettement dessiné et encerclant une cavité transparente; ces images varient de la taille d'un pois à celle d'un œuf et sont souvent très peu

apparentes en raison de la finesse de leurs contours. Seuls les bons clichés peuvent les révéler. Isolés ou peu nombreux ils sont très difficiles à diagnostiquer sans le lipiodolo-diagnostic qui vient en souligner le dessin et en accentuer le caractère.

Cependant, si les kystes sont imperméables ou s'ils sont nombreux et groupés, leur tassement les uns contre les autres, l'applatissage ou la déformation des conduits bronchiques peuvent mettre un obstacle au passage du lipiodol ; c'est alors que la stratigraphie est d'un grand secours pour faire le diagnostic de kystes aériens du poumon ; elle les rend évidents en les dissociant les uns des autres et de plus elle offre l'avantage précieux de les situer dans l'espace. On a alors un aspect bien particulier, des images claires, soit arrondies, soit ovalaires, finement cerclées, intriquées et tassées les unes contre les autres ; appendues aux ramifications bronchiques, elles évoquent assez bien l'idée de grappe de raisins ; cette étude du parenchyme pulmonaire faite sur coupes minces, pratiquées dans le sens frontal de 2 cm. en 2 cm., permet de révéler dans ces cas, la richesse des images kystiques, lui donnant véritablement l'allure d'une maladie polykystique du poumon.

KYSTES SUPPURÉS :

Il s'agit ici surtout d'une variété clinique de kystes aériens du poumon individualisée par le Professeur Sergent. Ce sont des formes compliquées par la suppuration ; il en résulte un niveau liquide qui s'ajoute à l'aspect radiologique habituel. On a ainsi une image hydro-aérique qui, selon son volume, fait penser à un pyopneumothorax, à une pleurésie purulente enkystée, à un abcès du poumon ou à un kyste hydatique vidé dans les bronches ; ce dernier diagnostic est surtout à envisager en Afrique du Nord où les kystes hydatiques sont d'une grande fréquence, le Docteur Broc en observe plusieurs cas par an dans son service de l'Hôpital Ernest-Conseil.

Pour éviter l'erreur avec un abcès pulmonaire, il faut se baser sur l'aspect de l'image radiologique ; s'il s'agit d'abcès pulmonaire, les contours sont très épais, la cavité se trouve dans une zone pulmonaire plus ou moins sombre ; l'image se remanie sans cesse et après guérison on assiste à une restitution ad integrum. S'il s'agit de kyste aérien du poumon, on a une régularité externe des contours sans condensation périphérique ; parfois même, on a une image à double contour. La poche gazeuse est de plus en plus apparente et peut commencer une évo-

lution centrifuge sans entraîner ni rétraction ni sclérose ; cette cavité survit à toutes les opérations de drainage. Il faut se méfier des abcès du poumon trop parfaitement réguliers, trop volumineux, à double contour et qui restent béants en dépit de tout drainage, même au point déclivé.

Si radiologiquement le diagnostic différentiel avec l'abcès du poumon est assez aisé, le diagnostic avec une pleurésie purulente enkystée est très difficile et ne se fait, en général, qu'à l'intervention, grâce aux caractères anatomiques des parois de la cavité ; parfois le diagnostic n'est fait que plus tard grâce aux signes radiologiques ou évolutifs.

M. Hubert d'une part et le Professeur Sergent d'autre part publient des cas fort instructifs à ce sujet.

M. Hubert présente un enfant de 10 ans qui a été opéré pour une pleurésie purulente droite ; devant la guérison rapide en un mois, on fait une radiographie qui permet de porter le diagnostic de kyste aérien suppuré probable grâce à cette évolution spéciale, résorption rapide du liquide sans fistulisation, sans pachypleurite marquée et opaque, évolution très différente de celle des pleurésies purulentes et des pyopneumothorax dont la gravité de l'évolution a été bien décrite dans les leçons cliniques du Professeur Chauffard.

Le Professeur Sergent publie le cas d'une jeune fille de 26 ans qui présente l'image radiologique d'un pyopneumothorax limité à la base gauche ; l'injection intra-trachéale de lipiodol ne remplit pas la cavité. Le Professeur Sergent pense à une pleurésie purulente enkystée mais à l'intervention il trouve une paroi kystique composée de multiples cavités recouvertes d'épithélium cylindrique, tassées les unes contre les autres et incluse dans une gangue scléreuse.

Pour un autre cas, le Professeur Sergent fait le diagnostic de pleurésie purulente enkystée mais malgré plusieurs drainages au point déclivé, la poche persiste et fait penser à un kyste aérien suppuré du poumon ; l'examen radiologique montre une fistule débouchant dans une cavité toujours visible avec les mêmes dimensions et toujours facilement injectable par le lipiodol introduit sur le trajet.

TRAITEMENT

La conduite à tenir est différente selon qu'il s'agit de kystes compliqués ou non.

KYSTES NON COMPLIQUÉS :

L'abstention est la règle, surtout si la dyspnée est légère.

S'il existe des crises d'asphyxie, peut-on procéder à l'évacuation de l'air par aspirations répétées ? C'est très dangereux ; les différents cas publiés à ce sujet, ont abouti à la mort par aggravation des phénomènes dyspnéiques.

KYSTES INFECTÉS :

S'il s'agit de plusieurs kystes, il est difficile de faire un acte chirurgical efficace ; cependant, on peut tenter un traitement palliatif si les lésions sont peu étendues.

Le pneumothorax thérapeutique est à rejeter à cause des dangers que comporte sa réalisation. Ce-

pendant M. Armand Delille publie le cas d'un enfant de 10 ans, entré à l'hôpital pour une bronchectasie avérée, la radiographie montrant des images arrondies dans toute la partie inférieure d'un poumon ; l'état général étant alarmant, un pneumothorax artificiel réalise une véritable résurrection ; en 15 jours, le poids de l'enfant augmente de 1 kg, l'expectoration diminue d'une manière notable ; le pneumothorax est maintenu depuis 4 mois et depuis l'enfant est à la campagne où il reste en bonne santé.

M. Graham a fait deux phrénisectomies sans aucun résultat.

Les bronchoaspirations n'ont amené que des améliorations très légères.

La seule opération logique est la lobectomie, mais elle est souvent dangereuse ; cependant, M. Elaesser a eu un beau succès opératoire.

S'il s'agit d'un kyste unique suppuré, il n'y a pas de discussion possible ; le traitement médical par injection de lipiodol dans la cavité est à rejeter. Ce qu'il faut c'est un traitement chirurgical. Le Professeur Sergent est d'avis qu'on fasse une pneumotomie pour éviter les conséquences de l'infection chronique, l'amaigrissement, l'hypocratisme des doigts, les poussées fébriles intermittentes ; cette pneumotomie doit être faite au point déclivé et en

deux temps surtout si le kyste est profondément situé ; il faut procéder à une symphyse pleurale préalable pour éviter le pneumothorax à l'ouverture.

Mais immédiatement se pose la question de la fermeture de la poche résiduelle.

En général, l'extirpation est impossible ; cependant, M. Pearson, sur 9 cas, a obtenu 5 guérisons et 4 morts.

Pour le Professeur Sergent, l'extirpation est difficile et dangereuse ; il faut craindre une hémorragie mortelle, le kyste ne pouvant être clivé du parenchyme adjacent ; elle est à proscrire formellement.

Si on ne peut en faire l'exérèse, peut-on procéder à la fermeture indirecte de la cavité par thoracoplastie ? On signale plusieurs échecs, étant donné la profondeur des lésions et la persistance d'un endothélium qui entretient la suppuration tant que l'affaissement n'est pas absolu. M. Graham, sur deux cas, a eu deux échecs.

Peut-on combler la cavité par de l'épiploon ou par une plastie musculaire pédiculée ? Le Professeur Sergent répond par la négative car l'avivement de la paroi kystique nécessaire pour la greffe peut provoquer des hémorragies mortelles.

La lobectomie est la seule opération logique, mais elle n'est pas toujours possible et dans la plu-

part des cas elle est dangereuse. Il vaut mieux, comme le conseille le Professeur Sergent, s'en tenir au drainage en deux temps, au point déclivé ; certes le sujet conserve son kyste une fois drainé, mais l'expérience montre que celui-ci peut rester des années sans se réinfecter et même que le malade ne se réinfecte pas nécessairement. Le Professeur Sergent, chez un enfant de 10 ans porteur d'un kyste aérien suppuré, a fait un simple drainage ; l'enfant est en bonne santé depuis 2 ans malgré la persistance de la cavité kystique.

CONCLUSIONS

Les kystes aériens du poumon existent chez les indigènes musulmans ; mais cette affection semble rare ; nous pensons que nos deux observations sont les premières publiées en Afrique du Nord.

La symptomatologie ne paraît pas être différente de celle observée en France. La deuxième observation rentre dans le cadre de ces formes latentes dont le diagnostic n'est fait que d'une façon fortuite à l'occasion d'un examen radiologique ; quant à la première, elle illustre les formes infectées, hémoptoïques, formes les plus habituelles de cette affection ; en outre elle vient corroborer cette notion que les kystes aériens du poumon constituent en quelque sorte des points d'appels pour l'infection et particulièrement pour la tuberculose.

Les deux observations confirment l'opinion du Professeur Debré qui pense que le pronostic est moins mauvais qu'on ne le croyait. L'existence de kystes aériens du poumon est compatible avec une longue vie, au cours de laquelle le sujet ne se sent

pas très atteint ; notre premier malade, pendant les périodes d'accalmie, malgré l'étendue des lésions qu'il porte, accomplit normalement sa profession de jardinier ; c'est à peine s'il se plaint d'une dyspnée d'effort.

Au point de vue pathogénique, par l'absence de tout antécédent broncho-pulmonaire important pouvant expliquer l'étendue des lésions mises en évidence par la radiologie, par l'apparition brusque des signes cliniques chez un sujet jusqu'alors bien portant, par la persistance des images radiologiques et la fixité de leurs contours, les deux cas plaident en faveur de la théorie congénitale.

Le rôle capital que joue la radiologie dans l'histoire des kystes aériens du poumon est mis en évidence par nos deux observations.

Dans la première, les signes cliniques et l'histoire du malade faisaient penser à la tuberculose pulmonaire et c'est la radiographie qui a révélé cette association de la tuberculose à la maladie kystique du poumon. Pour le second cas, c'est la radiographie qui a permis de faire le diagnostic de kyste aérien du poumon et d'éliminer le pneumothorax partiel et la caverne tuberculeuse en montrant la fixité et la persistance de l'image radiologique au cours d'examens successifs.

Du point de vue thérapeutique, en l'absence de toute suppuration, nous avons cru devoir adopter l'attitude la plus sage, l'abstention, en nous contentant de surveiller radiologiquement nos deux malades.

Vu : *Le Doyen,*

TIFFENEAU.

Vu : *Le Président,*

Robert DEBRÉ.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,

G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- P. Pruvost, Boissonet et Lecomte.* — Caverne pulmonaire ou kyste chez une syphilitique (Bulletins de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, 23 avril 1937).
- P. Lereboullet, Marcel Lelong et Bernard J.* — Emphysème à grosse bulle solitaire, simulant un grand kyste congénital du poumon chez un nourrisson de 4 mois (Soc. Méd. Hôp., 16 avril 1937).
- E. Sergent et Kowilsky R.* — Les kystes congénitaux isolés et suppurés du poumon (Soc. Méd. Hôp. 16 avril 1937).
- Armand Delille, Ch. Lestoquoy et R. Huguenin.* — Etude clinique et anatomique des différents cas de kystes congénitaux du poumon (pseudo-bronchectasies congénitales chez l'enfant, Soc. Méd. Hôp., 9 avril 1937).
- Etienne Bernard.* — Tomographie de la maladie kystique du poumon (kystes aériens, Soc. Méd. Hôp., avril 1937).

J. Cathala et Brincourt. — Kystes aériens suppurés (Soc. Méd. Hôp., 16 avril 1937).

P. Ameuille et Ch. Rendu. — A propos des kystes pulmonaires de l'adulte et de leur signification (Soc. Méd. Hôp., 16 avril 1937).

R. Debré, Julien Marie et Mignon. — Kystes congénitaux du poumon (Soc. Méd. Hôp., 23 avril 1937).

Meersseman, P. Buffé, Durand et L. Gallouin. — Trois observations de kystes aériens du poumon. Intérêt de la technique stratigraphique (tomographique) pour leur étude (Soc. Méd. Hôp., 16 avril 1937).

J. Huber, P. Gibert, J. Florand, Mme Hector et P. Belletoile. — Le diagnostic des kystes aériens du poumon (Soc. Méd. Hôp., 23 avril 1937).

R. Grandgérard. — Kystes aériens du poumon (Cahiers de Radiologie, n° 28, 15 fév. 1939).

Etienne Bernard, Triboulet, Thorel et Mlle Mathieu. — Volumineux kyste gazeux du poumon chez une enfant de 12 ans (Soc. Méd. Hôp., 22 fév. 1935).

Benda, Bosquet et Chapireau. — Kyste gazeux intra-thoracique s'accompagnant de manifestations

- angineuses chez une femme de 66 ans (Soc. Méd. Hôp., 8 déc. 1933).
- Debré et Mme Blinder.* — Volumineux kyste bronchopulmonaire chez un enfant de 15 ans (Soc. Méd. Hôp., 27 mai 1932).
- R. Debré, Marie, M. Mignon et S. Bidou.* — Kyste congénital du poumon chez un nourrisson. Infection du kyste au cours d'une rougeole. Extension progressive du kyste simulant un pneumothorax (Soc. Méd. Hôp., 23 avril 1937).
- Brûlé, P. Hillemand, J. Delarue et R. Gaube.* — Emphysème pulmonaire à grosses bulles simulant des kystes congénitaux du poumon (Soc. Méd. Hôp., 16 avril 1937).
- Ribadeau-Dumas, Chabrun et Mme Wolff.* — Pseudo-pneumothorax chez un enfant présentant une large dilatation des bronches (Soc. Méd. Hôp., 25 mars 1927).
- Sergent (E.), Durand (H.), Kourisky (R.) et Patalano.* — Trois cas de kystes congénitaux isolés et suppurés du poumon (Soc. Méd. Hôp., 22 fév. 1935).
- Marie Julien.* — Formes infectées et hémoptoïques des kystes gazeux congénitaux du poumon (Soc. Méd. Hôp., 1936, page 1208).

Pruvost (P.), Leblanc, Delort et Coletsos. — Formes cliniques et radiologiques des kystes aériens du poumon, de volume moyen et de forme annulaire (Presse Médicale, 24 juil. 1935).

R. Debré et Gilbrin. — Sur les kystes gazeux du poumon et les broncheectasies (Presse Médicale, 11 juil. 1934).

Bezançon F., Azoulay R. et Martin A. — La forme cavitaire de la dilatation des bronches (Presse Médicale, 5 oct. 1935).

Ribadeau-Dumas et Rault. — Dilatation des bronches dans le jeune âge (Paris Médical, 5 nov. 1932, page 381).

R. Debré, Mignon et Mme Odier Dolfus. — Sur le diagnotsic de kystes congénitaux du poumon, à propos d'un nouveau cas (Société de Pédiatrie de Paris, 1^{er} juil. 1933).

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	9
OBSERVATION N° 1	12
OBSERVATION N° 2	14
SYMPTOMATOLOGIE	17
<i>Formes latentes</i>	17
<i>Formes infectées non suppurées</i>	18
<i>Formes hémoptoïques pures</i>	18
<i>Formes suppurées</i>	19
<i>Formes associées</i>	20
EVOLUTION	21
<i>Formes précoces</i>	21
<i>Formes tardives</i>	23
PATHOGENIE	27
<i>Théorie acquise</i>	27
<i>Théorie congénitale</i>	29
<i>Rapports entre les kystes aériens du poumon et la dilatation des bronches</i>	31
ANATOMIE PATHOLOGIQUE	35
<i>Anatomie macroscopique</i>	35
<i>Anatomie microscopique</i>	36

DIAGNOSTIC RADIOLOGIQUE	41
<i>Kystes géants ou kystes « ballons »</i>	41
<i>Gros kystes</i>	43
<i>Kystes moyens</i>	44
<i>Kystes suppurés</i>	46
TRAITEMENT	49
<i>Kystes non compliqués</i>	49
<i>Kystes infectés</i>	49
CONCLUSIONS	53
BIBLIOGRAPHIE	57

